

Prise en charge d'un choc anaphylactique

(Document établi à partir des recommandations de la SFAR)

Signes cliniques

- GRADE I :** Signes cutanéomuqueux généralisés : érythème, urticaire avec ou sans oedème angio-neurotique.
- GRADE II** Atteinte multiviscérale modérée avec signes cutanéomuqueux, hypotension et tachycardie inhabituelles, hyperréactivité bronchique (toux, difficulté ventilatoire).
- GRADE III** Atteinte multiviscérale sévère menaçant la vie et imposant un traitement spécifique; collapsus, tachycardie ou bradycardie, troubles du rythme cardiaque, bronchospasme. Les signes cutanés peuvent être absents ou n'apparaître qu'a près la remontée tensionnelle.
- GRADE IV** Arrêt circulatoire et/ou respiratoire

L'absence de tachycardie, de signes cutanés, n'exclut pas le diagnostic d'une réaction anaphylactoïde.

Traitement

- arrêt si possible de l'injection du produit suspecté
- information de l'équipe chirurgicale (abstention, simplification, accélération ou arrêt du geste chirurgical)
- oxygène pur
- contrôle rapide des voies aériennes
- voie veineuse efficace
- appel aide urgente
- **ADRENALINE IV** par titration, toutes les 1 à 2 min, en fonction du grade (cf. supra).

- **Grade I** : pas d'adrénaline
- **Grade II** : bolus de 10 à 20 µg
- **Grade III** : bolus de 100 à 200 µg
- **Grade IV** : arrêt circulatoire
 - massage cardiaque externe
 - **ADRENALINE BOLUS** de 1 mg toutes les 1 à 2 minutes puis 5 mg à partir de la 3^{ème} injection, à renouveler
 - mesures habituelles de réanimation d'une inefficacité cardiocirculatoire

La tachycardie ne contre indique pas l'utilisation d'adrénaline

Appel Urgent
Médecin en charge du malade

Les doses d'adrénaline doivent être augmentées rapidement, relayées par l'adrénaline en perfusion continue: (0,05 à 0,1µg kg⁻¹min⁻¹)

- **Remplissage vasculaire concomitant:** cristalloïdes isotoniques (30 ml.kg⁻¹) puis amidons (30 ml.kg⁻¹).

Cas particuliers

BRONCHOSPASME

- **Salbutamol (Ventoline®)** avec aérovent®
- si résistance au traitement ou si forme d'emblée sévère
 - **salbutamol IV (Salbutamol®)** en bolus 100 et 200µg en perfusion continue (5 à 25 µg.min⁻¹).
 - formes les plus graves: perfusion continue d'adrénaline
 - les corticoïdes ne représentent pas le traitement de première intention

FEMME ENCEINTE

- **Ephédrine 10 mg IVD** toutes les 1 à 2 minutes (dose totale 0,7 mg.kg⁻¹) et **décubitus latéral gauche**
- **Si inefficacité de l'éphédrine, donner rapidement de l'adrénaline**

PATIENT TRAITE PAR β-BLOQUANTS

- augmenter la posologie d'adrénaline
- si inefficacité de l'adrénaline : **glucagon (glucagon®)** (1 à 2 mg IVD) à renouveler toutes les 5 minutes

Collapsus cardiovasculaire réfractaire à l'adrénaline: **Noradrénaline®** (0, 1 µg.kg⁻¹min⁻¹)

Investigations allergologiques

1. Prélèvements immédiats

- **Quoi?** Dosage Histamine, tryptase et IgE spécifiques (curares, latex, ...), thiopental.
- **Quand?** Dans les 30 à 60 premières minutes (noter l'heure de prélèvement)
- **Comment?** 1 tube sec (bouchon rouge) et 1 tube EDTA (bouchon violet), envoi au laboratoire dans les 2 heures ou stockage au réfrigérateur pendant 12 heures maximum.

2. Déclaration de Pharmacovigilance : A faire avec le Pharmacien dans les 48 heures.

3. Tests cutanés secondaires

- **Quand?** 4 à 6 semaines après
- **Où?** Correspondant local d'allergo-anesthésie : Docteur MARTY - Service de Pneumologie(CHSN) – Poste : 20 82 35 (02 72 27 82 35)

Documents à joindre: courrier, feuille d'anesthésie, résultats des prélèvements, annexe 1 (page 18 à 20 du texte court SFAR- en laisser une copie dans le dossier patient)

4. Double de ce courrier au Médecin traitant

5. Certificat provisoire à remettre au patient

Localisation des kits en cas de choc anaphylactique
SSPI
Salle de naissance.